

## Rapport public

**Date d'émission du rapport :** 21 novembre 2025**Numéro d'inspection :** 2025-1356-0005**Type d'inspection :**

Incident critique

Suivi

**Titulaire de permis :** Axium Extendicare LTC II LP, par ses partenaires généraux, Extendicare LTC Managing II GP Inc. et Axium Extendicare LTC II GP Inc.**Foyer de soins de longue durée et ville :** Winbourne Park, Ajax

## RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : du 13 au 14, du 17 au 18 et le 21 novembre 2025. L'inspection a eu lieu à distance à la date suivante : le 19 novembre 2025.

Les inspections concernaient :

- Un signalement lié à un suivi d'un ordre de conformité.
- Un signalement lié à une éclosion.
- Un signalement lié à la chute d'une personne résidente.

## Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivants délivrés antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1356-0004 aux termes du paragraphe 13 (1) de la LRSLD (2021)

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection :

Prévention et contrôle des infections

Prévention et gestion des chutes

Limites/Gestion des appareils d'aide personnelle

## RÉSULTATS DE L'INSPECTION

### AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 001 - Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22**

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Lors des entretiens avec le personnel, celui-ci a confirmé que la personne résidente n'avait pas été transférée en toute sécurité conformément à la politique du foyer.

**Sources :** politiques, dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente et entretiens avec la personne résidente et les membres du personnel.

### AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

#### **Non-respect du : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22**

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels. Règl. de l'Ont. 246/22, par. 54 (1).

L'examen du dossier médical d'une personne résidente a révélé qu'elle avait fait plusieurs chutes.

Lors d'un entretien avec le personnel, celui-ci a confirmé que la personne résidente avait besoin de rappels fréquents et d'une surveillance accrue. Le personnel a reconnu que le programme de soins provisoire de la personne résidente aurait dû être mis à jour avec cette information.

**Sources** : politiques, dossiers médicaux cliniques de la personne résidente, observations et entretiens avec la personne résidente et les membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Gestion de la douleur**

Problème de conformité n° 003 - Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 57 (1) 2. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Gestion de la douleur

Paragraphe 57 (1) Le programme de gestion de la douleur doit au minimum prévoir ce qui suit :

2. Des stratégies de gestion de la douleur, notamment des interventions non pharmacologiques, ainsi que des fournitures, des appareils et des appareils fonctionnels.

Une personne résidente a fait une chute et la documentation indique que la personne résidente a exprimé une douleur. Le personnel a confirmé que des mesures d'intervention n'avaient pas été mises en œuvre pour la personne résidente.

**Sources** : politiques, dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente et entretiens avec la personne résidente et les membres du personnel.

## **AVIS ÉCRIT : Comportements réactifs**

Problème de conformité n° 004 - Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1. de la LRSLD (2021)

### **Non-respect de : l'alinéa 58 (1) 2. du Règl. de l'Ont. 246/22**

Comportements réactifs

Paragraphe 58 (1) Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à l'élaboration de ce qui suit pour répondre aux besoins des résidents qui affichent

des comportements réactifs :

2. Des stratégies écrites, notamment des techniques et des mesures d'intervention, pour prévenir ou réduire au minimum les comportements réactifs ou pour y réagir.

L'examen des dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente a montré qu'une évaluation avait été entreprise. Un examen plus approfondi de la documentation a révélé que la personne résidente a manifesté des comportements réactifs. Lors d'un entretien avec le personnel, celui-ci a reconnu que le programme de soins provisoire de la personne résidente aurait dû inclure des mesures d'intervention et des stratégies liées à la manifestation des comportements réactifs de la personne résidente.

**Sources :** politiques, dossiers médicaux cliniques d'une personne résidente et entretiens avec les membres du personnel.